

СЪВРЕМЕНЕН ПОДХОД В ХИРУРГИЧНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ИНВОЛУТИВЕН ЕНТРОПИОН

СРАВНЕНИЕ НА РЕЗУЛТАТА ОТ ПРИЛАГАНЕТО НА ПРОЦЕДУРАТА НА QUICKKERT И ТАЗИ С ОФОРМЯНЕ НА ЛАТЕРАЛНА ТАРЗАЛНА ЛЕНТА ПРИ ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ИНВОЛУТИВЕН ЕНТРОПИОН

Златарова З., Е. Христова

Key words: eyelid entropion, lateral tarsal strip, everting sutures

Инволутивният ентропион е едно от най-често срещаните придобити нарушения в позицията на долния клепач. Причините за появата му са дезинсерция на ретракторите на долния клепач, хоризонталното му отпускане и промяна в позицията на орбикуларния мускул.

Много автори са изучавали и описвали промените в анатомията и хистологията на долния клепач свързани с промяната в позицията му. Още през 1960 година Jones прави аналогия между отпускането на ретракторите на долния клепач и дехисценцията на апоневрозата на леватора, и намира връзка с развитието на ентропион. (1) Veigi et al. намират пролапс на орбитална мастна тъкан, съчетана с изтъняване и дехисценция на ретракторите при пациенти с инволутивен ентропион. (2) Collin и Rathbun правят хистологично проучване върху ретракторите на долния клепач при здрави индивиди и такива с инволутивен ентропион и откриват, че при последните ретракторите и орбиталния септум се намират на 3,5 мм от долния ръб на тарза, докато при нормалните индивиди това разстояние е между 1,5 и 2,5 мм. (3) В проучването си Damasceno et al. установяват най-честите патологични промени свързани с инволутивния ентропион, които включват отпуснатост на латералния клепачен лигамент (78%), отпускане на ретракторите на

Current Approach to Surgical Treatment of Involitional Entropion

Comparison of Surgical Outcome Between Quickert Surgery and Lateral Tarsal Strip in Involitional Lower Eyelid Entropion Repair

Zlatarova Z., E. Hristova

Involitional entropion is one of the most common acquired eyelid malposition. Purpose: To compare outcomes of two different surgical techniques: Quickert surgery and lateral tarsal strip procedure, used for eyelid involitional entropion repair. Methods: A retrospective study was performed on 31 patients (36 eyes) who had undergone Quickert surgery (Group 1) and on 16 patients (16 eyes) who had undergone lateral tarsal strip procedure (Group 2) for correction of involitional lower eyelid entropion. The mean follow up period was 18 months. Complications, recurrence rates and cosmetic appearance were assessed. Results: The average age of the 47 patients was 73.14 years. There were 5 bilateral cases in Group 1. The recurrence rate in Group 1 was 3 of 36 (8.3%) at 1 year after surgery and in Group 2 was 1 of 16 (6.2%) at 6 months. There were no serious complications during and after surgery and all patients were happy with their cosmetic appearance. Conclusions: Both techniques for surgical treatment of involitional entropion are effective, with a good long-term result, low recurrence rate and very good cosmetic outcome.

Катедра по очни болести и зрителни науки, МУ-Варна; СБОБАЛ-Варна

долния клепач (53%) и отпускане на медиалния клепачен лигамент (15%). (4)

Според Jones et al. в медицинската литература са описани между 80 и 200 процедури за хирургично лечение на инволутивен ентропион, което показва, че все още не е категорично доказан най-добрият начин за разрешаването на този проблем.(5) По-старите автори като Celsus, von Grefe, Muller, Birch-Hirschfeld, Blaskovics, Imre, са използвали предимно различни техники за скъсяване на предната клепачна ламела, но резултатът е бил нетраен и често са се налагали реоперации.(6) В последните години се приема, че водеща причина за развитието на инволутивен ентропион е нарушената функция на ретракторите на долния клепач и хоризонталното му отпускане. Основавайки се на това твърдение всички хирургични процедури имат за цел да коригират позицията и функцията на ретракторите и да намалят хоризонталната отпуснатост на клепача.

Цел

Целта на настоящото проучване е да се сравнят резултатите от хирургичното лечение на инволутивен ентропион с две различни оперативни процедури: по метода на Quickert и с оформяне на латерална тарзална лента.

Материал и методи

В проучването са включени 47 болни с инволутивен ентропион, на които са извършени общо 52 операции (при 5 болни ентропионът е бил двустранен). Пациентите са разделени в две групи. Първа група включва 31 болни, на които са извършени 36 операции по метода на Quickert. (7). Използвана е локална анестезия с лидокаин. На 4-5 мм медиално от латералния клепачен ъгъл се прави перпендикулярна на мигления рѳб инцизия с дължина 5-6мм в цялата дебелина на долния клепач. От края ѳ започват две хоризонтални инцизии успоредни на мигления рѳб, насочени медиално и латерално. С припокриване се установява каква част от клепача да бѳде отстранена, за да се коригира хоризонталната му отпуснатост и се изрязва. Зашива се клепача по стандартния

начин, на две нива, след което се възстановява мигления рѳб. Изрязва се малък триъгълник от кожа, за да се получи по-добра адаптация и се зашива. След това се поставят два или три евертиращи конеца по типа на матрачен шев (4/0 резорбируеми, с две игли), като се започва дълбоко във форникса, преминава се през ретракторите на долния клепач и се излиза на 2-3 мм под мигления рѳб. Затяга се до получаване на лек ектропион. Кожните конци се махат след 5 дни, тези на мигления рѳб след 10-12 дни, а евертиращите се оставят докато отпаднат сами. Втората група включва 16 болни, оперирани с оформяне на латерална тарзална лента. Използвана е следната хирургична техника: след локална анестезия с лидокаин се прави латерална кантотомия и кантолиза на латералния клепачен лигамент на засегнатия клепач. Отпрепарират се и се ексцизират част от предната клепачна ламела и конюнктивата, и се деепителизира мигления рѳб, като по този начин се оформя ивица от тарза. Дължината на тарзалната лента се определя от степента на опънатост на клепача, която искаме да постигнем. Пришива се с нерезорбируем конец (4/0 или 5/0) така оформената латерална тарзална лента към периоста от вътрешната страна на латералния орбитен рѳб, като се цели получаване на желаната височина и опънатост на долния клепач. Кожата се зашива с 6/0 коприна, като се оформя латералния кант. Кожните шевове се свалят на седмия ден. Периодът на постоперативно проследяване варира от 3 до 60 месеца, средно 18 месеца. Анализирани са настъпилите усложнения, честотата на рецидивите и естетичния резултат.

Резултати

Извършени са 52 операции, на 47 болни на средна възраст 73,14 години (от 53 до 92г.). От тях 32 (68,1%) са жени и 15 (31,9%) мъже. При петима пациенти от първата група са оперирани двете очи. Не са регистрирани интраоперативни усложнения и в двете групи болни. При един пациент опериран по метода на Quickert се

появи спонтанно кървене от оперативната рана в първите два дни след операцията, което беше овладяно с компресивни превръзки. При пациентите оперирани с оформяне на латерална тарзална лента ранния постоперативен период премина без съществени оплаквания поради липсата на шевове на мигления ръб, които при болните от първата група често предизвикваха дразнене върху предната очна повърхност. При трима болни (8,3%) от I група ентропионът рецидивира в рамките на една година след операцията. Това наложи повторно поставяне на евертиращи шевове при единия пациент и допълнително хоризонтално скъсяване на долния клепач при другите двама. При пациентите от втората група беше установен един рецидив (6,2%) шест месеца след операцията, който беше коригиран с налагане на евертиращи шевове. При останалите болни за периода на проследяване установихме стабилен анатомичен резултат, изразяващ се в нормална позиция на долния клепач, вкл. мигления ръб. Всички оперирани бяха удовлетворени от постигнатия естетичен резултат. (фиг. 1, 2)

Обсъждане

Известни са различни хирургични техники за корекция на инволутивен ентропион, но все още не е категорично доказана най-добрата от тях. За да се постигне желаният постоперативен резултат е необходимо да се коригират настъпилите с възрастта промени в тонуса на долния клепач, дължащи се на отпускане на клепачните лигаменти и дехисценцията на ретракторите му.

С усъвършенстването на хирургичното лечение на ентропиона авторите установили, че рецидивите са много по-чести в случаите, когато не е направена корекция на хоризонталната отпуснатост на клепача. (8,9) Така например Danks и Rose препоръчват тази корекция да бъде извършвана при всички пациенти с инволутивен ентропион, тъй като тя осигурява 99% успеваемост след първичната операция.(10)

Използваната от нас при първата група болни процедура на Quickert има за цел именно намаляване на хоризонталната отпуснатост на клепача, чрез скъ-



А



Б

Фигура 1. Инволутивен ентропион на дясно око, преди (А) и 1 месец след (Б) операция на Quickert с евертиращи шевове.



А



Б

Фигура 2. Инволутивен ентропион на дясно око, преди (А) и след (Б) операция с оформяне на латерална тарзална лента.

сяването му и подобряване на функцията на ретракторите, чрез използване на евертиращите конци. Поставянето на последните води до усиление на действието на ретракторите и преместване на действието им върху предната повърхност на тарза. В същото време те служат и като хоризонтална бариера, възпрепятстваща изместването нагоре на пресепталния орбикуларис. (11) Подобно действие има и цикастриксът, който се получава в зоната на хоризонталната инцизия по долния ръб на тарза. (12) Недостатъкът на тази техника е нарушаването на целостта на мигления ръб и формирането там на постоперативен цикастрикс, който в някои случаи може да е причина за не много добър естетичен резултат.

Използваната при втората група болни техника с оформяне на латерална тарзална лента също има за цел хоризонтално скъсяване на клепача, както и формиране на нов стабилен латерален клепачен лигамент. Тя е по-щадяща по отношение запазване целостта на мигления ръб. И тук е възможно използване на евертиращи шевове за корекция на ретракторите на долния клепач, като ние ги приложихме само при трима от оперираните в тази група болни.

Според литературните данни честотата на рецидиви в случаите с използване на комбинация от хоризонтално скъсяване на клепача и евертиращи конци е малка до липсваща. В сравнително проучване за прилагане на евертиращи конци и такива в комбинация с оформяне на латерална тарзална лента Scheepers MA et al. намират 16,6% рецидиви в първата група и липса на такива във втората, като разликата е статистически значима. (13) SF et al. съобщават за честота на рецидивите 9,4% при приложение на комбинация от евертиращи конци с lateral tarsal strip – процедура (14), а Quist LH съответно 4,5%. (15) В последното публикувано през 2016г. проучване на Baek JS et al. е установена честота на рецидивите при поставяне на шевове на Quickert – 25,5%

за период на проследяване 11,9 месеца и 9,1% рецидиви в групата с комбинация на шевове на Quickert с латерална тарзална лента, което доказва предимството на комбинираните процедури. (16)

Установената от нас честота на рецидиви 8,3% в първата група и 6,2% във втората група е близка до тази в цитираната литература. Поради сравнително малкия брой болни и неравномерното им разпределение в двете групи не е възможно да се установи, коя от двете техники е по-добра по отношение на честотата на постоперативните рецидиви. При оперираните от нас пациенти и двете техники осигуряват стабилен анатомичен и функционален резултат. Що се отнася до естетичния резултат, пациентите и от двете групи го оценяват като много добър, но според нас по-добър е този във втората група, поради липсата на цикастрикс на мигления ръб.

Заклучение

Описаните методи за хирургично лечение на инволютивен ентропион осигуряват ниска честота на рецидиви и стабилен анатомичен резултат. Необходимо е по-обширно проучване, за да се прецени коя от двете техники е по-добра в дългосрочен план.

Литература

1. Jones LT. The Anatomy of the Lower Eyelid and Its Relation to the Cause and Cure of Entropion. *American Journal of Ophthalmology* 49 (January 1960): 29–36.
2. Collin JR, Rathbun JE. Involutional Entropion. A Review with Evaluation of a Procedure. *Archives of Ophthalmology* (Chicago, Ill.: 1960) 96, no. 6 (June 1978): 1058–64.
3. Beigi B et al., Fornix Fat Prolapse as a Sign for Involutional Entropion. *Ophthalmology* 115, no. 9 (September 2008): 1608–12, doi:10.1016/j.ophtha.2008.02.014.

4. Damasceno RW, Osaki MH, Dantas PE, Belfort R Jr. Involutional ectropion and entropion: clinicopathologic correlation between horizontal eyelid laxity and eyelid extracellular matrix. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2011 Sep-Oct;27(5):321-6. doi: 10.1097/IOP.0b013e31821637e4.
5. Jones LT, Reeh MJ, Wobig JL. Senile Entropion. A New Concept for Correction, *American Journal of Ophthalmology* 74, no. 2 (August 1972): 327–29.
6. Константинов Н. и Дъбов Ст. Операции при ентропион. *Офтальмохирургия, том 2 (Медицина и физкултура, 1984), 13–19.*
7. Tyers AG, Collin JRO. *Colour Atlas of Ophthalmic Plastic Surgery.* Longman Group Limited 1995.
8. Wesley RE, Collins JW. Combined Procedure for Senile Entropion. *Ophthalmic Surgery* 14, no. 5 (May 1983): 401–5.
9. Schaefer AJ. Variation in the Pathophysiology of Involutional Entropion and Its Treatment. *Ophthalmic Surgery* 14, no. 8 (August 1983): 653–55.
10. Danks JJ, Rose GE. Involutional Lower Lid Entropion: To Shorten or Not to Shorten? *Ophthalmology* 105, no. 11 (November 1998): 2065–67, doi:10.1016/S0161-6420(98)91126-5.
11. Wright M, Bell D, Scott C, Leatherbarrow B. Everting suture correction of lower lid involutional entropion. *Br J Ophthalmol* 1999;83:1060–1063.
12. Mauriello JA, Abdelsalam A. Modified corncrib (inverted T) procedure with Quickert suture for repair of involutional entropion. *Ophthalmology* 1997;104:504-7.
13. Scheepers MA, Singh R, James N, Zuercher D, Gibson A, Catey B, Fong K, Michaelides M, Olver J. A Randomized Controlled Trial Comparing Everting Sutures with Everting Sutures and a Lateral Tarsal Strip for Involutional Entropion. *Ophthalmology.* 2009 Oct 27.
14. Ho SF, Pherwani A, Elsherbiny SM, Reuser T. Lateral tarsal strip and quickert sutures for lower eyelid entropion. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2005;21:345-8.
15. Quist LH. Tarsal strip combined with modified Quickert-Rathbun sutures for involutional entropion. *Can J Ophthalmol.* 2002 Jun;37:238-44.
16. Baek JS et al. Comparison of Surgical Outcome Between Quickert Suture and Quickert Suture With Modified Lateral Tarsal Strip in Involutional Lower Eyelid Entropion. *The Journal of Craniofacial Surgery* 27, no. 1 (January 2016): 198–200, doi:10.1097/SCS.0000000000002287.

Адрес за кореспонденция:

доц.д-р Зорница Златарова
 Варна 9002; Дойран 15; СБОБАЛ
 E-mail: zzlatarova@abv.bg